

重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	安藤浩重
所属・職名	施設長

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん そうじゅかい 医療法人 双樹会	
主たる事務所の所在地	〒471-0025	
連絡先	電話番号	0565-32-5274
	FAX番号	0565-33-8383
	ホームページアドレス	http://sojukai.jp
代表者	氏名	河合卓哉
	職名	理事長
設立年月日	平成元年6月16日	
主な実施事業	※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) ゆうりょうろうじんほ一む らるがばていおかきもと 有料老人ホーム ラルガパティオ柿本	
所在地	〒471-0855 豊田市柿本町四丁目8番地	
主な利用交通手段	最寄駅	名鉄「土橋駅」もしくは「豊田市駅」
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・豊田市駅より名鉄バス「赤池駅行」に乗車20分、豊田東新町停留所で下車、徒歩5分 ② 自動車利用の場合 ・豊田市駅より乗車15分

連絡先	電話番号	0565-71-1165
	FAX番号	0565-71-1167
	ホームページアドレス	http://largapatio.jp
管理者	氏名	安藤浩重
	職名	施設長
建物の竣工日		平成24年3月7日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年5月1日

(類型)【表示事項】※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能

土地	敷地面積	2,543.70 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2012年3月8日～2042年3月7日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	3,386.00 m ²
		うち、老人ホーム部分	2,312.00 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
3 その他（ ）			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 その他（ ）		

	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (2012年3月8日～2042年3月7日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最多	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	21.75 m ²	48	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.00 m ²	16	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」「一時介護室相部屋」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	10ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	10ヶ所		
	共用浴室	6ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	2ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	0ヶ所		
その他 ()			0ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり 2 なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし					
消防用設備 等	消火器	1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	1 あり 2 なし				
	火災通報設備	1 あり 2 なし				

	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	今日の繁栄の基礎を築いてくださった高齢者の皆様を、尊敬と感謝の念を持ってお迎えし、幅広くきめ細やかなサービスに努めます。また、常に皆様の気持ちになって考え、皆様に心から幸福感と満足感を実感して頂ける事を目指します。そのためにはご入居の皆様にもお互いを尊重して積極的に日常の運営に参加して頂き、より快適で価値のある創造的な生活環境を整える事に努めます。				
サービスの提供内容に関する特色	フロント：郵便物及び宅配便等の不在時取次ぎ、来訪者の取次ぎ、食事の予約・変更の受付など 健康管理：年2回の定期健康診断勸奨(医療機関での実施)など 環境整備：共用施設の清掃、ごみ処理など 緊急対応：緊急通報対応、避難誘導など				
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2	委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は、記入不要

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
(III)		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	豊田厚生病院
		住所	豊田市浄水町伊保原 500-1
		診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、放射線科、泌尿器科、婦人科、耳鼻科、皮膚科
		協力内容	① 外来での診察対応診察 ② 入院の受け入れ ③ 人間ドック ④ 緊急時の外来診療又は訪問診療 ⑤ 健康チェックで必要と思われる場合の血液検査、心電図、胸部レントゲン写真撮影、CTなどの検査
	2	名称	三九朗病院
		住所	豊田市小坂町 7-80
		診療科目	内科、外科、整形外科、消化器科、リウマチ科、肛門科、リハビリテーション科
		協力内容	① 外来での診察対応診察 ② 入院の受け入れ ③ 人間ドック ④ 緊急時の外来診療又は訪問診療 ⑤ 健康チェックで必要と思われる場合の血液検査、心電図、胸部レントゲン写真撮影、CTなどの検査
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	満 60 歳以上で、共同生活が円満に出来る方		

契約の解除の内容	以下の場合には3ヶ月の予告期間において契約を解除することがあります。 ① 入居契約書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき ② 家賃、管理費その他費用の支払いを3ヶ月以上遅滞したとき ③ 建物、付帯設備又は敷地を故意又は重大な過失により損失したとき ④ 行動が他入居者又は利用者の生活に重大な影響を及ぼすとき。また、入居者が契約を解除しようとするときは、30日以上以上の予告期間が必要です。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		1ヶ月
体験入居の内容	① あり（内容：1泊2食付 5,225円 介護パック 10,450円） ② なし	
入居定員		64人
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	2	2		
直接処遇職員	16	13	3	
介護職員	8	5	3	3.8
看護職員	8	8		2.8
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	2	1	1	
調理員	8	2	6	
事務員	1	1		
その他職員				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士	1	1	
介護福祉士	5	4	1

実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	3	1	2
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	8	8	0
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	1人	1人
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 <u>あり</u> 2 なし							
	業務に係る資格等		1 <u>あり</u>							
	資格等の名称		介護福祉士							
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	0			1						
前年度1年間の退職者数	0			1						
した業務に経験年	1年未満			1						
	1年以上		1	1	1					
	3年未満									
	3年以上		2	1		1				

	5年未満										
	5年以上 10年未満	1		1	1						
	10年以上	4		2		1					
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし				

**6. 利用料金 ※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、省略可能
(利用料金の支払い方法)**

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	人件費や物価の変動等により、食費その他のサービス利用料等の費用を改定する必要がある場合。
	手続き	愛知県における消費者物価指数及び人件費を勘案し、事前に運営懇談会において説明し合意を得た上で改定する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護5	
	年齢	69歳	89歳	
居室の状況	床面積	21.75㎡	18.00㎡	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	150,000円	150,000円	
月額費用の合計		182,120円	179,120円	
家賃		55,000円	52,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	50,220円	50,220円
		共益費	22,000円	22,000円
		管理費	59,400円	59,400円
		まごの手サービス費	別途	別途
その他	実費	実費		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃のおおむね3ヶ月分 退去時に修繕費用等に応じて返金有り
家賃相当額	家賃、什器備品費、保守修繕費、その他開業費用等
共益費	居室及び共用設備の水道光熱費、リネン費、維持管理費
管理費	人件費、広告宣伝費、消耗品費、雑費等
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	朝 504円 昼 612円 夕 558円を30日3食召し上がった場合
光熱水費	共益費に含まれる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 まごの手サービスにかかる人件費、事務費等
その他のサービス利用料	実費

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	12人
	女性	35人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	4人
	75歳以上 85歳未満	13人
	85歳以上	30人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	3人
	要支援 2	6人
	要介護 1	11人
	要介護 2	8人
	要介護 3	9人
	要介護 4	6人
	要介護 5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	4人
	1年以上 5年未満	28人
	5年以上 10年未満	4人
	10年以上 15年未満	4人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	85.3歳
入居者数*の合計	47人
入居率**	75%
豊田市外からの転入者数 (豊田市外住民登録者を含む)	6人

※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。

※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	4人

	死亡者	12人
	その他	2人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	10人 (解約事由の例) 面会に便利な自宅近くの施設へ変わりたい。

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		有料老人ホーム ラルガパティオ柿本
電話番号		0565 - 71 - 1165
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:30
	土曜	8:30 ~ 17:30
	日曜・祝日	8:30 ~ 17:30
定休日		なし

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		(例) 豊田市役所 介護保険課
電話番号		0565-34-6634
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		年末年始等

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 施設賠償責任保険
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり 2 なし	実施日	2013 / 7
		結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり 2 なし	実施日	平成 25 年
		評価機関名称	福祉評価推進事業団
		結果の開示	1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: 有料老人ホーム ラルガヴィーダ) 2 なし	

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし <input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している（代替措置） <input type="checkbox"/> 2 適合している（将来の改善計画） <input type="checkbox"/> 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業）

別添 2（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表）

_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

別添1 事業者が愛知県内で運営する他の介護サービス事業

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション ラルガパティオ	豊田市柿本町4-8
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし	ハートフルデイケア	豊田市柿本町4-8
			新城老人介護保健施設 サマリヤの丘	新城市矢部字上ノ川1-3
短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイ サマリヤの里	新城市矢部字広見55-1
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム サマリヤの家	新城市矢部字広見55-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	サマリヤの丘 居宅介護支援事業所	新城市矢部字上ノ川1-3
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護ステーション ラルガパティオ	豊田市柿本町4-8
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	ハートフルデイケア	豊田市柿本町4-8
			新城老人保健施設 サマリヤの丘	新城市矢部字上ノ川1-3
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショートステイ サマリヤの里	新城市矢部字広見55-
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	グループホーム サマリヤの家	新城市矢部字広見55-1
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		

介護予防支援	あり	なし	サマリヤの丘 居宅介護支援事業所	新城市矢部字上ノ川1-3
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし	新城老人介護保健施設サマリヤの丘	新城市矢部字上ノ川1-3
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表※1

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり	備考	
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※2）		有料老人ホームが実施するサービス（介護保険外のサービス）		月額利用料等を含む※3	その都度徴収※3		料金※4
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	見守り1回 522円、介助1回 1,045円	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	見守り1回 522円、介助1回 522円	
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	清拭（部分）1回 1,045円 清拭（全身）1回 2,090円 見守り 1回 1,045円 介助 1回 2,090円	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	特浴介助 1回 2,612円	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	見守り1回 522円、介助1回 522円	
機能訓練	なし	あり	なし	あり		○	30分 2,612円	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1時間 1,567円 送迎費用は別途	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	30分 1,045円	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		※週1回を超えた場合 1回 522円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	4kgまで 1回 1,045円	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		居室への配下膳は1回 312円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費 2,000円～	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	30分程度 1回 522円	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	30分程度 1回 1,045円	
金銭・貯金管理			なし	あり	○		※応相談	
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○		随時	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		随時	
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		随時	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	協力医療機関（Ⅰ） 0円 協力医療機関（Ⅱ） 522円 協力医療機関外は 1,567円	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1時間 1,567円	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	4kgまで 1回 1,045円	

入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○		1時間 1,567円
その他								
巡回	なし	あり	なし	あり		○		昼間 4時間毎 夜間 2時間毎
緊急時対応（ナースコール等）	なし	あり	なし	あり		○		24時間対応

- ※1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
- ※2：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも可）。
- ※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額サービスの費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。
- ※4：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。